

Egenremiss avseende psykologisk behandling av barn

Nedanstående blankett fylls i och lämnas, alternativt postas till (CEREB AB, Sankt Göransgatan 126, 112 45 Stockholm.) Tack på förhand!

Barnets namn _____

Barnets personnummer _____

Adress _____

Vårdnadshavares namn: _____

Personnummer: _____

Telefonnummer vårdnadshavare: _____

Vårdnadshavares namn: _____

Personnummer: _____

Telefonnummer vårdnadshavare: _____

Beskriv aktuell problematik hos ditt/ ert barn och vad du/ni önskar hjälp med

Tidigare behandlingar/ vårdkontakter?

Tidigare eventuella utredningar (hos t ex logoped eller psykolog)?

Aktuella sjukdomar/tillstånd?

Pågående vårdkontakter?

Underskrift av vårdnadshavare 1: _____

Underskrift av vårdnadshavare 2: _____